Aus der chirurgischen Abteil. der Diakonissenheilanstalt Bethanien.
(Leitender Arzt: Prof. Dr. Karl Goebel.)

Über die Behandlung der Appendicitiden und Peritonitiden mit besonderer Berücksichtigung der Frage des Primärverschlusses.

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde bei der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Heinrich Müller.

Breslau 1921.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau.
Berichterstatter: Prof. Dr. Küttner.

Das Idealverfahren für die Beendigung einer aseptischen Operation ist für jeden Chirurgen der vollständige primäre Wundverschluß. Allgemein wird er bei nichtinfizierten Operationswunden durchgeführt. Sind durch die Operationswunden große Gewebsdefekte entstanden, die ihrerseits Lücken und größere Höhlen hinterlassen, welche man auf keine Weise durch die Naht beseitigen kann, so läßt man im allgemeinen die Hautnaht an einzelnen Stellen offen oder man legt ein Drainrohr ein. Man glaubt, daß es in den toten Räumen und Gewebelücken leicht zur Zersetzung von Wundsekret und zur Infektion kommt. Die Furcht davor hat seinerzeit zur offenen Wundbehandlung geführt. Erst zur Zeit der Asepsis wagte man, auch größere Wundhöhlen primär zu verschließen. Der erste, dem es gelang, war Albert, 1878. Trotzdem wurde das Verfahren nur wenig durchgeführt, es scheiterte an der Technik. Erst als sie zu unserer Zeit immer größere Fortschritte machte, ging man wieder daran, den primären Wundverschluß allgemeiner durchzuführen.

Auch in der Behandlung der Appendicitiden und Peritonitiden zeigen sich die oben skizzierten Wandlungen der Wundbehandlung.

Alle Chirurgen sind sich darüber einig, daß die Operation möglichst früh vorzunehmen ist, daß die Quelle der Peritonitis unschädlich gemacht werden muß. Über das weitere Verfahren gehen die Ansichten auseinander.

Murphy meint, daß man bei einer freien Peritonitis durch Ausspülung und Austupfung des Exsudates auch die Schutzkräfte entfernt, die sich in der Bauchhöhle angesammelt haben. Er überläßt den Kampf gegen die Peritonealinfektion einem möglichst wenig lädierten Peritoneum.

Zu ihm im Gegensatz steht die größte Anzahl der Chirurgen auf dem Standpunkt, daß man den Organismus von seinem toxischen Inhalt befreien und deshalb möglichst allen Eiter entfernen muß.

Die Frage nach der Behandlung der Bauchwunde bewegt sich zwischen beiden Extremen: Tamponade der Wunde oder vollständige Naht.

Die Tamponade war das gewöhnliche Verfahren im Anfang der operativen Behandlung. Allmählich kam sie immermehr aus dem Gebrauch, da ihr Zweck (die fortgesetzte Ableitung des entzündlichen Exsudates) sich als unmöglich erwies.

An ihre Stelle trat die Drainage, besonders nach der Methode, wie sie Rehm und Nötzel empfahlen. Doch auch sie hatte Nachteile. Deshalb begann man sie allmählich aufzugeben und die Bauchwunde vollständig zu verschließen.

Unter primärem Verschluß der Operationswunde ist folgendes zu verstehen: Vollständige Naht des Peritoneums; vollständige Naht der Rektusscheide; vollständige Naht der Haut. Die Hautnaht schließt ein Teil der Chirurgen nicht vollständig, wegen der Infektion, die in den meisten Fällen in dem subkutanen Gewebe durch den über dasselbe hinausfließenden Eiter stattfindet.

Der Primärverschluß der Bauchhöhle ist in allen Fällen das gegebene Verfahren, falls die radikale Entfernung des primären Krankheitsherdes und die möglichste Beseitigung des eitrigen Exsudates gelingt.

Nicht durchführen läßt er sich, wenn bereits Darmparalyse vorliegt und bei abgesackten intraperitonealen Eiterungen. Hier legt man eine Darmfistel an mit oder

ohne Drainage des Bauchraumes. Die Vorteile des Primärverschlusses der Bauchwunde liegen:

1. in der Förderung resp. in der Nichtbehinderung der Atmung;
2. in dem früheren Einsetzen der Peristaltik;
3. in der Ausschaltung von Komplikationen, wie sie durch spätere Verwachsungen eintreten können;
4. in der Tatsache, daß sich hierbei viel seltener Ventralhernien bilden, als bei der Drainage;
5. in der Beobachtung, daß Thrombosen der Beinvenen im weiteren Verlauf der Heilung viel seltener sind als bei der Drainage;
6. in dem selteneren Vorkommen der Darmparalyse;
7. in der größeren Resorptionsfähigkeit des geschlossenen Peritoneums und damit zugleich in der besseren Wirkung seiner natürlichen Schutzkräfte;
8. in den geringeren Beschwerden von seiten des Magen-Darmkanals her;
9. endlich in den Vorteilen, die Arzt und Patienten haben.